

**Houston Independent School District  
Parent/Guardian Observation of Fluency**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Person Completing the Form: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Please complete the following form to the best of your knowledge. Information you provide will greatly assist us in the pre-referral/evaluation process.*

1. At what age did your child begin having difficulty speaking smoothly? \_\_\_\_\_

2. Does anyone else in your family stutter? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. If yes, list below:

\_\_\_\_\_

3. Has your child's speech changed since that time? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. If yes, describe.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Does your child have difficulty saying any sounds in particular?

\_\_\_\_\_

5. Does your child's difficulty speaking seem to come and go? If yes, describe.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Do strangers have difficulty understanding your child's speech? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No.

7. Do you feel your child is aware of his speech difficulties? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No. If yes, describe.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. If your child is enrolled in speech therapy, what would your goals be for him?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. What specific questions or concerns do you have about your child's communication skills?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional Comments:

**Houston Independent School District  
Parent Checklist of Fluency Concerns**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Person Completing the Form: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Please check all that apply to the student's speech:*

Shows visible signs of frustration, such as getting angry, upset, or anxious during/after disfluency and may even avoid talking

Avoids situations in which teasing or embarrassment may occur

Disfluency tends to come and go. Please explain: \_\_\_\_\_

Prefers to use gestures or written communication due to difficulties with speech

Disfluency appears to be affecting self-esteem and attitude toward self

Disfluent speech causes negative reactions from listener

Whole word and/or phrase repetitions

Examples: "Can – can – can we go to the park?" or "Can we – can we go to the park?"

Sound or syllable repetitions

Example: "W – w – when can we go to the park?" or "Whe – whe- When can we go to the park?"

Sound prolongations

Example: "Leeeeeeeeeet's go to the park!"

Blocks (no sound is produced for a period of time)

Example: "I want to go to the .....park."

Interjections

Example: "I want to uh-uh-uh go to the park."

Avoids eye contact while speaking

Secondary characteristics are present while speaking

Examples: Eye blinks, hand or foot movements, facial grimaces (other) \_\_\_\_\_

Switches one word or phrase for another

Associated language, voice quality (changes in pitch or loudness), articulation concerns

Additional Comments (Please use the back of this page, if needed.):

Houston Independent School District  
**Teacher Observation of Fluency**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Teacher's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Please complete the following form to the best of your knowledge. Information you provide will greatly assist us in the pre-referral/evaluation process.*

1. When did you first notice that the student was having difficulty with speech? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Do you think the student's speech problem is affecting academic success? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

If yes, describe. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Do you think the student is concerned about speech? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

If yes, describe. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Do you think the student's speech is affecting teacher relationships? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

If yes, describe. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Do you think the student's speech is impacting peer relationships at school? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

If yes, describe. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional Comments (Please use the back of this page, if needed.):

# Houston Independent School District Teacher Checklist of Fluency Concerns

Student's Name: \_\_\_\_\_  
Person Completing the Form: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

*Please check all that apply to the student's speech:*

Shows visible signs of frustration, such as getting angry, upset, or anxious during/after disfluency and may even avoid talking

Avoids situations in which teasing or embarrassment may occur

Disfluency tends to come and go. Please explain: \_\_\_\_\_

Prefers to use gestures or written communication due to difficulties with speech

Disfluency appears to be affecting self-esteem and attitude toward self

Disfluent speech causes negative reactions from listener

Whole word and/or phrase repetitions

Examples: "Can – can – can we go to the park?" or "Can we – can we go to the park?"

Sound or syllable repetitions

Example: "W – w – when can we go to the park?" or "Whe – whe- When can we go to the park?"

Sound prolongations

Example: "Leeeeeeeeet's go to the park!"

Blocks (no sound is produced for a period of time)

Example: "I want to go to the .....park."

Interjections

Example: "I want to uh-uh-uh go to the park."

Avoids eye contact while speaking

Secondary characteristics are present while speaking

Examples: Eye blinks, hand or foot movements, facial grimaces (other) \_\_\_\_\_

Switches one word or phrase for another

Associated language, voice quality (changes in pitch or loudness), articulation concerns

Additional Comments (Please use the back of this page, if needed.):

**Houston Independent School District**  
**Observaciones de Tartamudeo por el Padre/Tutor**  
(Parent/Guardian Observation of Fluency)

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Persona completando este formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Por favor llene este formulario de la manera más completa posible. Toda información proveída nos ayudará en el proceso de evaluación.*

1. ¿A que edad empezó su niño(a) a tener problemas de tartamudeo? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien más en su familia tiene/tuvo problemas de tartamudeo? \_\_SI\_\_ NO

Si marco "SI", por favor explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha cambiado la manera de hablar de su niño(a) desde que notó el problema por primera vez? \_\_SI\_\_ NO.

Si marco "SI", por favor explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Hay algún sonido en particular que su niño(a) tenga dificultad para pronunciar? \_\_\_\_\_

5. ¿La dificultad del habla de su niño(a), desaparece temporalmente, pero regresa al cabo de un tiempo?  
Si así es por favor explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Tienen las personas desconocidas dificultad para entender a su niño(a)? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

7. ¿Siente usted que su niño(a) es consciente de su dificultad para hablar? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

Por favor explique \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tipo de disfluencias ha notado usted en el habla de su niño(a)? (Repetición de sonidos, sílabas, palabras, o frases, bloqueos silenciosos, prolongación de sonidos, etc.). Por favor explique: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene alguna preocupación o pregunta sobre las habilidades de comunicación de su niño(a)? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

**Houston Independent School District**  
**Lista de Preocupaciones Sobre Tartamudeo para Los Padres**  
(Parent Checklist of Fluency Concerns)

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona completando este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

*Por favor marque todo lo que corresponda al problema del habla de su niño(a):*

- ☐ Muestra signos visibles de frustración, como enojo, preocupación, ansiedad durante y después de una disfluencia, y hasta evita hablar.
- ☐ Evita situaciones donde se puedan burlar de él (ella) o donde pueda sentirse avergonzado(a).
- ☐ La tartamudez desaparece temporalmente y regresa al cabo de un tiempo. Por favor explique:

\_\_\_\_\_

- ☐ Prefiere usar gestos o comunicarse por escrito, debido a su dificultad para hablar.
- ☐ La tartamudez de su niño(a) parece estarle afectando su autoestima o la actitud que tiene hacia si mismo.
- ☐ El no poder hablar bien, causa reacciones negativas de los que están escuchando.
- ☐ Al tartamudear, lo hace repitiendo la palabra completa y/o la frase completa.  
Ejemplo: “¿Podemos –Podemos –Podemos ir al parque?” o “¿Podemos ir- Podemos ir al parque?”
- ☐ Repite sonidos y/o sílabas.  
Ejemplo: “¿C- C- Cuando podemos ir al parque?” o “¿Cua- Cua- Cuando podemos ir al parque?”
- ☐ Prolonga sonidos.  
Ejemplo: “Vaaaaaaaamos al parque!”
- ☐ Bloqueos (no hay pronunciación de sonido por mucho tiempo)  
Ejemplo: “Yo quiero ir..... al parque.”
- ☐ Interjecciones  
Ejemplo: “Yo quiero ir am-am-am-am al parque.”
- ☐ Su niño(a) evita contacto visual cuando habla.
- ☐ Características secundarias que están presentes cuando habla.  
Ejemplo: Abre y cierra los ojos, hace gestos con la boca, mueve sus manos y pies. Otros:

\_\_\_\_\_

- ☐ Cambia una palabra o frase por otra.
- ☐ Existen preocupaciones relacionadas al lenguaje, la calidad de voz (cambios de tono o volumen), o a la articulación (pronunciación).

Comentarios adicionales:

**Houston Independent School District**  
**Lista de Preocupaciones Sobre Tartamudeo para Los Maestros**  
(Teacher Observation of Fluency)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la maestra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Por favor llene este formulario de la manera más completa posible. Toda información proveída nos ayudará en el proceso de evaluación.*

1 ¿Cuando notó que el estudiante comenzó a tener dificultades con su forma de hablar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 ¿Piensa usted que el problema del habla está afectando al estudiante académicamente? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si marcó "Si", por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 ¿Cree usted que el estudiante esta preocupado por su forma de hablar? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si marcó "Si", por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 ¿Cree usted que la forma de hablar del estudiante esté afectando la relación estudiante-maestra?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si marcó "Si", por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 ¿Cree usted que la forma de hablar del estudiante esté afectando las relaciones con sus compañeros de escuela? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si marcó "Si", por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios adicionales (Utilice el reverso de esta hoja, si es necesario.):

**Houston Independent School District**  
**Lista de Preocupaciones Sobre Tartamudeo para Los Maestros**  
(Teacher Checklist of Fluency Concerns)

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona completando este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

*Por favor marque todo lo que corresponda al problema del habla de su niño(a):*

- ☐ Muestra signos visibles de frustración, como enojo, preocupación, ansiedad durante y después de una disfluencia, y hasta evita hablar.
- ☐ Evita situaciones donde se puedan burlar de él (ella) o donde pueda sentirse avergonzado(a).
- ☐ La tartamudez desaparece temporalmente y regresa al cabo de un tiempo. Por favor explique:

\_\_\_\_\_

- ☐ Prefiere usar gestos o comunicarse por escrito, debido a su dificultad para hablar.
- ☐ La tartamudez de su niño(a) parece estarle afectando su autoestima o la actitud que tiene hacia si mismo.
- ☐ El no poder hablar bien, causa reacciones negativas de los que están escuchando.
- ☐ Al tartamudear, lo hace repitiendo la palabra completa y/o la frase completa.  
Ejemplo: “¿Podemos –Podemos –Podemos ir al parque?” o “¿Podemos ir- Podemos ir al parque?”
- ☐ Repite sonidos y/o sílabas.  
Ejemplo: “¿C- C- Cuando podemos ir al parque?” o “¿Cua- Cua- Cuando podemos ir al parque?”
- ☐ Prolonga sonidos.  
Ejemplo: “Vaaaaaaaamos al parque!”
- ☐ Bloqueos (no hay pronunciación de sonido por mucho tiempo)  
Ejemplo: “Yo quiero ir..... al parque.”
- ☐ Interjecciones  
Ejemplo: “Yo quiero ir am-am-am-am al parque.”
- ☐ Su niño(a) evita contacto visual cuando habla.
- ☐ Características secundarias que están presentes cuando habla.  
Ejemplo: Abre y cierra los ojos, hace gestos con la boca, mueve sus manos y pies. Otros:

\_\_\_\_\_

- ☐ Cambia una palabra o frase por otra.
- ☐ Existen preocupaciones relacionadas al lenguaje, la calidad de voz (cambios de tono o volumen), o a la articulación (pronunciación).

Comentarios adicionales:

□